

**PSYCHOTHERAPIE EN GENEESKUNDE**

**Rede**

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van  
gewoon hoogleraar in de Psychotherapie aan de  
Erasmus Universiteit Rotterdam op vrijdag 21  
september 1990

door

**Dr. R.W. Trijsburg**

Meneer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

De relatie tussen psychotherapie en geneeskunde bespreek ik vanuit drie gezichtspunten.

In de eerste plaats zal ik het hebben over psychotherapie als geneeskundig handelen. In de tweede plaats over het psychotherapeutisch gehalte van het geneeskundig handelen zelf. En in de derde plaats over de toepassing van psychotherapie in de geneeskunde.

Ik ruim daarbij een belangrijke plaats in voor de empathie. Empathie is het vermogen zich in de belevingswereld van de ander te verplaatsen en heeft tot doel de gevoelens van de patiënt te begrijpen, en dit begrip op een voor de patiënt bruikbare manier te formuleren (in psychotherapie), of naar dit begrip te handelen op een wijze die in overeenstemming is met wat men van het beroepsmatig handelen van een arts mag verwachten (in de geneeskunde).

Waar contact bestaat tussen een arts of een psychotherapeut, en een patiënt, is altijd sprake van een bepaalde wijze van omgaan met emotionele betekenissen. Die wijze van omgaan kan lopen van een expliciet zich afsluiten voor gevoelsbetekenis, teneinde het mogelijk te maken zich geheel te richten op een bepaalde ingreep, naar een zich expliciet richten op gevoelsbetekenis, en eigenlijk niets anders dan dat, zoals in de psychotherapie. In beide gevallen gebeurt dat om redenen die samenhangen met de (lang niet altijd *expressis verbis*) gemaakte afspraak over het doel van de behandeling en de regels die daarbij in acht genomen worden. Die regels kunnen echter overtreden worden. Een hulpverlener kan zich ook op gevoelsbetekenis richten, of dit juist vermijden, om emotionele redenen in hem/haarzelf. Dit komt in principe niet ten goede aan de kwaliteit van de hulpverlening, en kan zelfs tot ongelukken leiden. Over de oorzaken van dergelijke verstoringen, die in feite verstoringen zijn van de empathie en het empathisch vermogen van de hulpverlener zal ik het een en ander naar voren brengen. Ik denk dat de oude Grieken al

heel goed op de hoogte waren van het probleem van de ambiguïteit in de arts-patiënt relatie. Gaat het om de belangen van de patiënt of gaat het om die van de behandelaar? Van Bork (persoonlijke mededeling) vertelde me dat in een Grieks woordenboek uit 1896 de volgende betekenissen van het begrip "therapuo" zijn opgenomen:

niet alleen:

1. Verplegen, als geneesheer behandelen, genezen, verzachten
2. Zorgdragen voor iemand
3. Dienaar zijn (bij Homerus)
4. Ergens op bedacht zijn

maar ook:

5. Naar de ogen zien, vereren (van de Goden gezegd)
6. Van genot: genot najagen

In onze tijd streven we ernaar een goed onderscheid te leren maken tussen de eerste en de tweede groep betekenissen.

## I Psychotherapie als geneeskunde

Psychotherapie als op persoonlijkheidsverandering gerichte behandeling is maar heel beperkt toepasbaar. Slechts een klein percentage van patiënten dat zich aanmeldt voor hulp bij een RIAGG, een polikliniek psychiatrie en in de particuliere praktijk komt uiteindelijk in psychotherapie. Om van psychotherapie in de eigenlijke zin te kunnen spreken dienen intrapsychische conflicten, die de oorzaak zijn van (neurotische) stoornissen met psychologische middelen bewust worden gemaakt, in de emotionele betekenis doorvoeld en begrepen te worden, waardoor ze kunnen worden opgelost. Als dat gebeurt is sprake van persoonlijkheidsverandering in de richting van grotere aanpassing aan de realiteit, en dan vooral ook de innerlijke realiteit. Ook klachten en symptomen verdwijnen. De behandeling is een causale. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Een dergelijke psychotherapie vraagt grote inzet en inspanningen van de zijde van de patiënt. En dat vaak gedurende meerdere jaren. De patiënt moet gemotiveerd zijn en blijven. Er moet ook sprake zijn van zodanige problematiek dat de patiënt er zoveel last van heeft dat hij de hulp daadwerkelijk nodig heeft (lijdensdruk). Maar als de problemen de patiënt boven het hoofd groeien en de aanpassing (o.a. door de veelheid of de zwaarte van symptomen) zodanig verstoord raakt dat hij op meerdere levensgebieden niet meer kan functioneren, of als de patiënt het contact met de realiteit verliest (psychose) vervalt de mogelijkheid al gauw om aan de intrapsychische problematiek te werken. Dan moet er wat anders gebeuren. En één van de dingen die dan gebeuren is: begeleiden, helpen, structureren en steunen. We kunnen dat werk beter behandelen noemen dan psychotherapie. Niet omdat dat minder is dan psychotherapie, maar wel omdat het iets anders is dan psychotherapie. Psychotherapie zie ik dus als een zeer specifieke behandelingsvorm die idealiter leidt tot persoonlijkheidsverandering.

Ook van de kant van de psychotherapeut wordt een inspanning verwacht. Deze zal zich in de intimiteit van het 1:1 contact

intensief moeten bemoeien met het gevoelsleven van een ander, teneinde de storende intrapsychische conflicten van de patiënt te gaan begrijpen, en dit begrip aan de patiënt over te brengen. Het vervoermiddel is de empathie. En de weg is de overdracht. Veel van wat de patiënt vertelt zal betrekking hebben op wat hij tijdens de behandeling ervaart, en daarbij is de plaats van de behandelaar een prominente. De therapeut moet steeds blijven begrijpen dat het uiteindelijk niet om hem of haar gaat, maar om de betekenis die hij of zij voor de patiënt heeft. Een betekenis die meer te maken heeft met het eigen verleden van de patiënt dan met de reële persoon van de therapeut. Dit wordt aangeduid als overdracht. De therapeut kan een inzicht verwerven in de betekenis van de overdrachtsuitlatingen van de patiënt door de empathie. Het doel daarvan is te begrijpen, en dit begrip op een voor de patiënt bruikbare manier te formuleren. Maar als om welke reden dan ook de empathische instelling wordt verstoord, dreigt de therapeut als instrument ontregeld te raken en kan hij in de verleiding komen te reageren vanuit de eigen persoon(-lijke gedachten, gevoelens, wensen, conflicten). Dit noemen we tegenoverdracht. Tegenoverdracht is de natuurlijke pendant van de overdracht. Dit reageren kan een enkele keer iets goeds opleveren, maar heel vaak werkt het niet goed. Gelukkig kunnen we zeggen dat het inzicht in overdracht en tegenoverdracht en de complicaties daarvan, sinds de ontdekking ervan door Freud, zich gestaag heeft ontwikkeld. En ook kunnen we zeggen dat veel psychotherapeuten zich inspannen om de techniek, gebaseerd op het inzicht in het instrument van de empathie en de dynamiek van overdracht en tegenoverdracht, zo goed mogelijk toe te passen en te verbeteren. In andere vormen van psychotherapie wordt de ontwikkeling van de overdracht sterk ingeperkt, bijvoorbeeld door de behandeling te richten op de klachten en symptomen alleen, zoals in veel gedragstherapieën. Daarbij achten gedragstherapeuten zich uitdrukkelijk gebonden aan de regels die bij deze behandelingsvorm behoren. Hetzelfde geldt, mutatis mutandis, voor alle psychotherapievormen die

beschikken over een solide theoretisch fundament, en daaruit afgeleide therapeutische technieken, die overdraagbaar zijn, zoals blijkt uit de opleiding. Maar dat neemt niet weg dat goed opgeleide psychotherapeuten geconfronteerd kunnen worden met de grote kwetsbaarheid van hun vak. Ik zal hiervan een recent voorbeeld geven. Ik zal ook uiteenzetten dat, naar mijn mening, de psychotherapie vooral gediend wordt door het handhaven van een hoog niveau van opleiding.

Het voorbeeld. Recent publiceerden Aghassy en Noot (1990) een rapport, dat ruime aandacht kreeg in de pers, getiteld: "Seksuele contacten binnen Psychotherapeutische Hulpverleningsrelaties". Zij publiceerden al eerder, in 1987, een artikel waarin 209 gevallen gerapporteerd werden waarin seksueel contact tussen een psychotherapeut en een cliënt heeft plaatsgevonden. Uit het nu gepubliceerde rapport blijkt dat 3% van de 823 responderende psychotherapeuten, erotisch-geladen contact soms aanvaardbaar vindt. Eén procent vindt dat het "vaak positief kan werken bij de behandeling", 3% vindt dat dat soms zo is. In totaal heeft 41% van de respondenten "ooit een situatie meegemaakt van eigen sterke seksuele verlangens binnen een psychotherapeutische situatie" (Aghassi en Noot, 1990, p. 111), wat op zichzelf niet zo bijzonder is. Het gaat om wat men met deze gevoelens, die immers tot de tegenoverdrachtsreacties gerekend moeten worden, heeft gedaan. De meeste respondenten geven aan de situatie op therapeutische wijze te hebben kunnen hanteren. Doorverwijzing of afbreken van de therapie vond in 4% van de gevallen plaats. Eveneens 4% van de therapeuten gaf aan het te hebben laten komen tot erotisch/seksueel contact, "van vrijen tot verhouding". Slechts twee personen gaven aan er met anderen "over gesproken" te hebben resp. hulp te hebben gezocht. Er is een positieve samenhang gevonden tussen het positief en/of aanvaardbaar vinden van erotisch contact en het feitelijk voorkomen ervan.

Of het nu gaat om veel gevallen of om weinig weten we niet, want er is geen vergelijkingsgroep, maar dat is op dit moment

niet aan de orde. Ook de vele fouten die de onderzoekers maakten bij de opzet en de uitvoering van het onderzoek zijn voor dit moment niet interessant. Waar het om gaat is dat psychotherapeuten, en dan vooral mannen die vrouwen in individuele psychotherapeutische behandeling nemen, een risico lopen op het uit de hand lopen van de overdracht.

Dit is, vanaf Ferenci, een bekend verschijnsel, waarbij wij ons moeten afvragen of het erotische contact niet toch vooral zal zijn voorbehouden aan de wat jongere cliëntèle. Voor de wat oudere patiënten zal het vast niet gauw geïndiceerd zijn. Het verschijnsel maakt duidelijk hoezeer het empathische instrument van de psychotherapeut verstoord kan raken. Het fundamentele is hier immers het niet (meer) begrijpen van de essentie van overdracht en tegenoverdracht, waarbij de posities van psychotherapeut en patiënt niet ongelijkwaardig, maar zeker wel ongelijk zijn. Werkelijk respect en werkelijke empathie voor de belevingen van de patiënt stelt de psychotherapeut in staat gevoelens van warmte of zelfs van verliefdheid en behoefte aan intiem contact van de patiënt te verdragen en naar hun betekenis te onderzoeken. Het is natuurlijk onmiskenbaar zo dat het gevoelens zijn van een reële persoon voor een andere reële persoon. Dat is één ding. Maar een ander ding is dat deze gevoelens, die gewekt worden vanuit een situatie waarin alle gevoelens van belang zijn, tegelijkertijd een vertekening bevatten die essentieel is voor de psychotherapie. Die vertekeningen vragen om begrip, verheldering, en eventueel duiding. Wensen zijn er niet om bevredigd te worden, noch voor de patiënt, die er wel wat in kan zien, noch voor de behandelaar, die er ook wat, of nog veel meer, in kan zien. Het is een situatie waarin juist het instrument van de empathie duidelijkheid kan verschaffen omtrent de betekenis van mooie gevoelens (want die zijn vaak helemaal niet zo mooi, bij nadere beschouwing). En als dit instrument verstoord raakt vanuit eigenbelang, behoefte, tegenoverdracht, andere mooie gevoelens, sympathie, of domweg omdat de therapeut niet invoelt waarom het nu werkelijk gaat, dan is de psychotherapie opgehouden psychotherapie te zijn.

Mijns inziens vormt het feit dat het zo moeilijk is de eigen persoon als een instrument te leren hanteren één van de belangrijkste redenen waarom psychotherapeuten daarin opgeleid moeten worden, en dan ook nog goed opgeleid. Die opleiding dient er in essentie toe dat de aanstaande psychotherapeut onderscheid leert maken tussen wat wel en wat niet tot de beroepsmatige bemoeienis met het gevoelsleven van een ander behoort, anders gezegd hoe hij /zij het therapeutische proces dient te leiden teneinde inzicht en verandering te bewerkstelligen. Dat is ook de reden waarom ik van mening ben dat een eigen therapeutische ervaring zo belangrijk is.

Nu blijkt uit het onderzoek dat diegenen die seksueel contact in de therapie positief en toelaatbaar vinden, vaker aangeven dat er in de opleiding te weinig aandacht wordt besteed aan de hantering van de eigen seksuele gevoelens dan degenen die dat niet vinden. Vermoedelijk mede op basis van deze bevinding bevelen Aghassy en Noot in hun rapport onder andere aan dat in de opleiding meer aandacht besteed wordt aan het bestaan van seksuele gevoelens bij therapeuten voor hun patiënten. Ik geloof niet dat dat de oplossing is, omdat de opleidings-situatie mijns inziens ongeschikt is om in vertrouwen dit soort problemen te bespreken. Op een andere plaats heb ik dit toegelicht (Trijsburg, 1990). Ik denk niet dat er in de opleiding over dit soort zaken moet worden gesproken, maar wel dat over het opleiden als zodanig moet worden gesproken. Ik licht dat hierna toe.

Mijn indruk is dat als therapeuten er duidelijk blijkt van geven een essentieel aspect van psychotherapie niet te hebben geïntegreerd in hun professionele handelen, dit ook een gevolg kan zijn van een opleiding waarin onvoldoende of op verwarrende wijze aandacht is besteed aan de techniek van de behandeling, waaronder valt het hanteren van de overdracht en tegenoverdracht. Hoe onduidelijker men is over de manier waarop het therapeutisch proces geleid moet worden, hoe groter het risico dat een opleidingscandidaat in de war raakt, en hoe groter het risico dat vroeger of later onhanteerbare situaties

ontstaan.

Ik baseer mij voor deze opvatting niet alleen op mijn eigen indruk, maar ook op gegevens die Aghassi en Noot (1987) hebben verstrekt omtrent de therapeutische oriëntatie van de psychotherapeuten over wie gerapporteerd werd (Tabel 1).

Uit hun onderzoek blijkt dat van het aantal therapieën waarin seksueel contact plaatsvond 31% psychodynamisch/psychoanalytisch georiënteerd is, het aantal Rogeriaanse therapieën bedraagt 12,5%, gedragstherapeutisch is 10,5%, 7% is gestalttherapeutisch, en de eclecticische benadering is 5,5%. Zeventien procent betrof "minder bekende of onduidelijke therapievormen" (1987, p.319).

---

**Tabel 1**  
Therapeutische oriëntatie van psychotherapeuten die seksueel contact hadden met patiënten (n=209) (Aghassi en Noot, 1987, p. 319)

Therapeutische oriëntatie	Percentage
psychodynamisch/psychoanalytisch	31
Rogeriaans	12,5
gedragstherapeutisch	10,5
gestalt	7
eclectisch	5,5
"minder bekend/onduidelijk"	17
onbekend	15

---

Nu zult u wellicht denken dat hieruit het tegendeel blijkt van wat ik zojuist beweerde. Je kunt zo te zien veel beter "eclectisch" zijn dan bijvoorbeeld analytisch, gedragstherapeutisch of Rogeriaans, bij uitstek therapievormen met een duidelijk theoretisch fundament, en een duidelijke opleidingssystematiek, terwijl eclecticici juist allerlei verschillende dingen doen. De gegevens zijn echter misleidend. Over de opzet en de uitvoering van dit onderzoek, die aanleiding zijn tot vertekeningen ga ik nu niet in. Ik noem wel twee vormen van statistiekfraude:

In de eerste plaats blijkt dat de rapportage plaatsvond via

een geprecodeerde lijst, waarin de categorieën psychodynamisch en psychoanalytisch apart vermeld stonden, terwijl de categorieën "gestalt" en "eclectisch" er niet in stonden. De percentages uit die categorieën zijn afgeleid uit de aanduidingen die respondenten gaven bij de antwoordmogelijkheid "anders". Daaruit is ook de categorie "onduidelijk" afgeleid (mondelijke mededeling van één der onderzoekers, zie ook Aghassy en Noot, 1990, p. 123).

Ik geef u nu de gecorrigeerde tabel (2):

---

**Tabel 2**  
Therapeutische oriëntatie van psychotherapeuten die seksueel contact hadden met patiënten (n=209) (Aghassi en Noot, 1987, gecorrigeerd)

Therapeutische oriëntatie	Percentage
psychodynamisch	16
psychoanalytisch	15
Rogeriaans	12,5
gedragstherapeutisch	10,5
anders	29,5
onbekend	15

---

Dat geeft al een wat genuanceerder beeld. Het "anders-dan-psychodynamisch-psychoanalytisch-Rogeriaans-of-gedrags-therapeutisch-georiënteerd-zijn" is nu de risicovolle categorie geworden.

In de tweede plaats hebben de onderzoekers verzuimd de frequentie van voorkomen van een bepaalde categorie te corrigeren voor de frequentie van voorkomen in de populatie Nederlandse psychotherapeuten als geheel (=apriori-kans). Vermoedelijk hebben de onderzoekers niet de beschikking gehad over dit soort populatiegegevens, maar daarover laten zij zich niet uit, en het ontbreken van deze gegevens heeft ze allerminst aanleiding gegeven de resultaten iets voorzichtiger te presenteren. Zij laten de cijfers "voor zichzelf spreken", en dat is in dit geval kwaadspreken.

Door nu de gegevens van Aghassi en Noot (1987, 1990) te vergelijken met gegevens uit eigen onderzoek naar de beroeps-identiteit van psychotherapeuten (Trijsburg, Duivenvoorden en Dijkstra, 1988), verzameld in een steekproef van 20% (n=972) uit alle (toentertijd "officiële") algemene en specialistische verenigingen op het terrein van de psychotherapie, kunnen we de bedoelde correctie voor de empirische verdelingen alsnog aanbrengen. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat deze steekproef als representatief kan worden beschouwd voor de populatie Nederlandse psychotherapeuten (Trijsburg, Duivenvoorden en Stronks, in voorbereiding). (Omdat de "psychodynamische" oriëntatie en de categorie "onbekend" in ons eigen onderzoek niet voorkomen, is ten aanzien hiervan geen vergelijking mogelijk.)

Na correctie voor de frequentie van voorkomen van therapeutische oriëntatie, blijkt (zie tabel 3) het percentage

Tabel 3  
Therapeutische oriëntatie van psychotherapeuten die seksueel contact hadden met patiënten en correctie voor voorafkans

therapeutische oriëntatie	Aghassi en Noot (n=209)	Trijsburg e.a. (n=972)	gecorrigeerd voor voorafkans
psychodynamisch	16	--	--
psychoanalytisch [+ lid van een analytische vereniging]	15	53 [38]	11 [4]
Rogeriaans [+ lid van de VRT]	12,5	34 [56]	15 [8]
gedragstherapeutisch [+ lid van de VGT]	10,5	39 [64]	11 [7]
"anders"	29,5	19	62
onbekend	15	--	--

voor de psychoanalytische oriëntatie te zijn gedaald. Dat van de gedragstherapie is gelijk gebleven en dat van de Rogeriaanse richting is gestegen. Het percentage voor de "andere" richtingen is daarentegen sterk gestegen. In die overige richtingen zullen ongetwijfeld zeer respectabele psychotherapie-oriëntaties vertegenwoordigd zijn, bijvoorbeeld de systeemtheoretische, maar vermoedelijk zal de invloed van die groeperingen niet groot zijn (vgl. Aghassi en Noot, 1990, p. 51).

En nog zijn we niet klaar. Aghassi en Noot hebben in hun enquête uitsluitend gevraagd of men in een bepaalde psychotherapierichting is georiënteerd, wat niet betekent dat men in de betreffende richting is opgeleid, laat staan dat men via een dergelijke (vaak zware) opleiding het lidmaatschap van een specialistische therapievereniging heeft verworven. Uit het eigen onderzoek (Trijsburg, Duivenvoorden en Dijkstra, 1988) weten we dat psychotherapeuten de neiging hebben zich georiënteerd te achten op meerdere therapierichtingen tegelijk. Van het totaal aantal analytisch georiënteerden in ons onderzoek bekleedt zo'n 38% daadwerkelijk een vorm van lidmaatschap van een analytische vereniging, van de Rogeriaans georiënteerden is 56% lid van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie en van de gedragstherapeutisch georiënteerden is 64% lid van de Vereniging voor Gedragstherapie. Bij correctie hiervoor is te zien dat de kansverwachting voor Rogeriaans georiënteerden die tevens lid zijn van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie het grootst is, daarna volgen de gedragstherapeutisch georiënteerden die lid zijn van de Vereniging voor Gedragstherapie, en tenslotte de analytisch georiënteerden die lid zijn van een analytische vereniging. Hoe hard de cijfers precies zijn, kan ik niet zeggen. Duidelijk is wel dat de kans op ontsporingen relatief gezien klein lijkt voor psychotherapeuten die georiënteerd zijn op een therapievorm die een duidelijke theorie en een heldere visie op de techniek van de behandeling heeft. Nog weer veel kleiner zijn de percentages als wij uitgaan van het lidmaatschap van een erkende psychotherapievereniging, een

lidmaatschap dat tegenwoordig uitsluitend via opleiding is te verwerven. De suggestie van Aghassi en Noot dat erotisch contact frequent voorkomt bij analytici, Rogerianen en gedragstherapeuten (in die volgorde) is dus niet houdbaar, het lijkt er integendeel op dat de kans op ontsporingen in de "overige" therapieoriëntaties (die niet de indruk wekken over een solide fundament te beschikken) het grootst is.

Ik ga nu niet verder in op allerlei andere suggestieve kwalificaties van Aghassi en Noot (vooral in het artikel van 1987), die bij nadere beschouwing anders komen te liggen, en ook niet op het suggestieve taalgebruik dat mede allerlei misverstanden in de hand werkt (zie Aghassi en Noot, 1990), maar wil nog wel zeggen dat niet alleen de genoemde psychotherapierichtingen in het verdachtenbankje zijn beland, maar ook de beroepsgroep als geheel (Aghassi en Noot, 1990). De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zegt in het voorwoord bij het rapport dat het onderzoek "geregistreerde" psychotherapeuten betrof. Nu dateert het onderzoek van 1985 (Aghassi en Noot, 1987, pag. 293) en is de registratieregeling van de rijksoverheid pas in 1986 ingegaan. Men kan dus onmogelijk weten of (alle) geënquêteerde psychotherapeuten inderdaad geregistreerd zijn. Het is ook niet erg waarschijnlijk dat dat zo is. Aangezien het veld van de psychotherapie niet erg overzichtelijk is, zouden we het erop kunnen houden dat hier sprake is van een vergissing. Dat neemt niet weg dat de indruk gewekt wordt dat de bevindingen uit het tweede deel van het onderzoek van Aghassi en Noot slaan op de thans in het overheidsregister opgenomen psychotherapeuten. Formeel erkende psychotherapeuten worden langs die weg ten onrechte blootgesteld aan verdachtmakingen.

Ik stelde dat onduidelijkheid over de wijze waarop het therapeutisch proces geleid dient te worden ontsporingen in de hand werkt. Ik vermoed dat opleidingen in een specifieke therapeutische richting waarin heldere voorschriften gelden omtrent de techniek van de behandeling veel minder aanleiding geven tot die ontsporingen. De opleidingen van de gevestigde

("door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie erkende") specialistische psychotherapieverenigingen lijken mij in dit opzicht vrij onomstreden. Maar hoe is het nu gesteld met de zogenoemde "Basisopleidingen", die sinds 1986 (het jaar waarin de registratieregeling voor psychotherapeuten, uitgaande van de Rijksoverheid, in is gegaan) gegeven worden en die aan een duidelijk omschreven eisenpakket dienen te voldoen?

(Vooruitlopend op de wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg is een Register ingesteld waarin psychotherapeuten die de Basisopleiding met goed gevolg hebben doorlopen, kunnen worden opgenomen. Psychiaters worden bij het voltoeien van hun psychiatrie-opleiding "geacht geregistreerd te zijn". Ook in de opleidingen psychiatrie is er een tendens dit systeem tot norm te verheffen.)

In de basisopleiding wordt men geacht zich eerst te oriënteren in verschillende vormen van psychotherapie. Vervolgens kiest men een hoofdrichting waarin verder theoretisch onderwijs wordt gevolgd, men doet een aantal individuele therapieën onder supervisie, en daarna bekwaamt men zich in enkele toepassingen, bijvoorbeeld groepstherapie of kindtherapie. De theoretische stromingen die in de opleiding vertegenwoordigd zijn, omvatten de analytische, de Rogeriaanse en de gedragstherapeutische. De systeemtheoretische komt daar wellicht nog bij. Als de opleiding met voldoende resultaat is doorlopen, na een jaar of vijf, kan men ingeschreven worden in het register. Dat is op zichzelf geen slecht systeem. Toch schort er het een en ander aan. Zo is het opvallend dat, ongeacht de hoofdrichting, aan alle opleidingen dezelfde eisen worden gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal therapieën onder supervisie, of ten aanzien van het aantal uren leertherapie. Het lijkt erop dat de basisopleiding een soort "grootste gemene deler" is geworden van opleidingen die ieder voor zich op essentiële punten van elkaar verschillen. Ik heb het dan nog niet eens over de verschillen in de rest van de beroepsopleiding die aanstaande therapeuten in



aanraking brengt met onderling zeer verschillende patiëntenpopulaties, iets wat ook in de latere beroepsuitoefening het geval kan zijn. Ook de aanduiding "psychotherapeut" is een soort "grootste gemene deler" geworden. De hoofdrichting waarin men zich heeft bekwaamd is niet in de aanduiding van het beroep terug te vinden. Men wordt allemaal "psychotherapeut". Kan men zich zo wel voldoende identificeren met het beroep? Ik vermoed van niet, althans niet in de mate waarin men dat voorheen kon. Zo is nu al duidelijk dat sommigen een basisopleiding kiezen waaraan men het snelst kan beginnen, of die het dichtst in de buurt is. Of de hoofdrichting van die opleiding analytisch, gedragstherapeutisch of Rogeriaans is, is daarbij om het even. Ik concludeer dat het zoeken van de grootste gemene deler tot gevolg heeft dat de Basisopleiding een te uniform gezicht heeft gekregen, wat voor de opleidingscandidaten het gevaar met zich meebrengt van een onvoldoende identificatie met een bepaalde psychotherapeutische richting. Ook kan de doorgroei van de beroepsidentiteit belemmerd worden. Men kan na de registratie (soms al daarvoor) een specialistische opleiding gaan volgen, maar dat is niet verplicht. Als men dat niet doet, is en blijft men "psychotherapeut". Het opleidingsstelsel draagt dus in onvoldoende mate bij aan de vestiging van de beroepsidentiteit. Een onvoldoende inzicht in de essentiële aspecten van de voering van het therapeutisch proces kan hiervan mede het gevolg zijn.

Mijns inziens verdient het daarom aanbeveling het huidige systeem dat door de Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding (RINO-en) wordt uitgevoerd, en dat ook is doorgedrongen in de psychiatrie-opleidingen grondig te herzien. Beter ware het de inzet van aanstaande psychotherapeuten om een specifieke deskundigheid te verwerven te beproeven én deze te honoreren door henzelf de richting waarin men wenst te worden opgeleid te laten kiezen, en hen zoveel mogelijk op te leiden op een manier die aansluit bij het theoretisch kader, en bij de vereisten van de techniek van die betreffende richting. Daarnaast zou enige variatie in de

verschillende onderdelen en in de volgorde waarin die onderdelen gevolgd worden, moeten worden toegestaan, waardoor opleidingen inhoudelijk van elkaar gaan verschillen. Door het totaal aantal uren voor de verschillende richtingen gelijk te stellen aan elkaar, en ondergrenzen te stellen aan de verschillende onderdelen, blijft de totale opleidingsinspanning hetzelfde, en kunnen de opleidingen als gelijkwaardig worden beschouwd. In de ene opleiding kan zo het accent meer vallen op de eigen therapie en de supervisie van een aantal gevallen gedurende langere tijd, terwijl in een andere opleiding veel aandacht gegeven wordt aan kortdurende behandelingen met een sterk accent op theoretisch-technische vorming. Ik dacht hier als voorbeeld aan de analytische, respectievelijk de gedragstherapeutische opleiding. Op deze wijze ontstaan opleidingen met een eigen identiteit, wat het belangrijke voordeel heeft dat deelnemers aan een dergelijke opleiding weten dat zij niet, door het volgen van een min of meer obligaat opleidingspakket tot zoiets algemeen als "psychotherapeut" worden opgeleid, maar daadwerkelijk een specifieke deskundigheid ontwikkelen als Rogeriaan, als gedragstherapeut, als psychoanalytisch psychotherapeut, etcetera. Op deze wijze zal ook de aansluiting met de specialistische psychotherapieverenigingen gehandhaafd blijven, en via de opleiding daarvan na de registratie, zou een certificaat verworven kunnen worden waardoor iemand zich met recht "specialist" kan noemen.

Een belangrijk voordeel van een zich gestaag ontwikkelende beroepsidentiteit is ook dat de kans op verwarringen over wat wel en wat niet behoort tot de professionele omgang met de patiënt en daarmee het risico op ontsporingen verkleind kan worden. Een duidelijk voorbeeld van zo'n benadering is te vinden in een recent artikel van De Blécourt (1990) over de psychoanalytische opleiding in het Tijdschrift voor Psychotherapie.

Ik eindig dit gedeelte met een vraag: zou het kunnen zijn dat het einde van de scholenstrijd, de toenemende integratie van

verschillende therapeutische methodieken, het zoeken naar de a-specifieke factoren in psychotherapie, zaken waarvan de tendens naar het ontstaan van een "algemene" opleiding tot psychotherapeut een uitvloeisel kan zijn, eerder aanleiding geven tot verarming en verlies, met het daarbij behorende risico op ontsporing, terwijl het handhaven van een zekere eenzijdigheid zowel in theoretisch opzicht als in de therapeutische techniek eerder aanleiding geeft tot groei van identiteit en deskundigheid? Ik weet het antwoord niet. Wel weet ik dat het een veld is voor onderzoek. Ik prijs mij gelukkig met de samenwerking met collega Schagen van de Universiteit van Amsterdam, met wie wij een onderzoek hebben gestart naar het effect van de eigen therapie op het functioneren van de psychotherapeut.

## II. Het psychotherapeutisch gehalte van de huisarts

De curriculumcommissie van de huisartsenopleiding (Dubois en anderen, 1987) besloot enkele jaren geleden dat in de opleiding apart aandacht besteed diende te worden aan het functioneren van de persoon van de huisarts. Daarmee wordt o.m. bedoeld dat de huisarts de eigen gevoelens leert hanteren. Het functioneren als persoon dient in overeenstemming te zijn met de eisen die men aan het werken als huisarts kan stellen. De manier waarop dit onderwijskundig gestalte moet krijgen wordt beschreven als "persoonsgerichte training". Aan het Huisarts Instituut in Rotterdam wordt, op initiatief van de hoogleraren Dokter en Verhage, al enige jaren gewerkt met een methode die ik kort wil beschrijven. Een groep huisartsen in opleiding komt op gezette tijden bijeen om een casus van een der groepsleden te bespreken. Vaak is dat een geval waar de huisarts problemen mee heeft. De groep wordt geleid door een huisarts. Een psychotherapeut treedt op als consulent. Zeker in de fase dat de groep zich nog niet met elkaar en de manier van werken vertrouwd voelt, gaat het zo dat de groepsleden vervolgens ingaan op wat goed en wat fout was aan een bepaalde handelwijze, of trachten zij na te gaan wat er precies met de patiënt aan de hand was. Het is nu de specifieke taak van de psychotherapeut-consulent het gesprek in de richting te brengen van de persoon van de huisarts en diens belevingen. Dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan, en het lukt dan ook niet altijd. Het gaat immers om het persoonlijke functioneren van de huisarts, en heel vaak spelen angst en schaamte op de achtergrond een rol.

Ik geef u een voorbeeld: Een arts vertelt dat hij op vrijdagmiddag, vlak voor 't sluiten van de praktijk nog bij een gezin wordt geroepen, waarin twee kleine kinderen ziek zijn, waarvan één "al vijf dagen niet heeft gegeten en gedronken". Aangekomen ziet de arts een stel tierige kinderen die hem op de nek springen als hij ze wil onderzoeken. Hij heeft onmiddellijk het idee dat hij voor niets is gekomen, en hij zegt "dat valt wel mee". Het onderzoek mislukt, de moeder

krijgt de kinderen niet uit de kleren. Vader zit er apathisch bij. De arts voelt dat het niet gaat, geeft op een wat automatische manier wat adviezen, maar weet eigenlijk direct dat deze toch niet worden opgevolgd. Hij wil ervan af, en maakt zich ervan af. Hij is na afloop van het consult zeer ontevreden over zichzelf.

In de bespreking, die ik niet gedetailleerd zal weergeven, werd duidelijk dat de huisarts die moeder nogal overdreven bezorgd vond. Hij ging als het ware mee met de kinderen in het verzet. Hij vertelt over een eigen soortgelijke ervaring als kind. Het wordt iets duidelijker dat hij acuut de pest in had toen hij die kinderen zag, "weer zo'n overbezorgde moeder". Zijn boosheid heeft hij op het moment zelf niet gevoeld. "Ik voelde alleen dat ik niets zou bereiken." Met het voorbeeld kunnen we illustreren dat het gevoel van boosheid niet getolereerd wordt wat ertoe leidt dat de huisarts zichzelf afremt. Nu vraagt u zich wellicht af: is dit geen psychotherapie? De huisarts herkent immers een gevoel dat hij zich niet bewust was, en dat aanleiding was tot een remming in het functioneren? Hij brengt het bovendien in verbinding met een vroegere ervaring van zichzelf. Het antwoord luidt: neen. Daarvoor is de aard van de samenwerkingsrelatie niet bedoeld en ook niet geschikt. Er wordt niet verder ingegaan op de persoonlijke levensgeschiedenis van een deelnemer. Wel wordt getracht een en ander in verbinding te brengen met het functioneren als huisarts. Zo werd naar aanleiding van het voorbeeld met de groep besproken dat we de neiging hebben gevoelens die we niet verenigbaar achten met het functioneren als huisarts te onderdrukken, in de hoop dat ze niet zullen storen. Het omgekeerde is waar: ze gaan juist storen, en het is ook niet waar dat bepaalde gevoelens niet "mogen". Daarbij wordt aangegeven dat er een verschil is tussen het hebben van een gevoel en het uiten ervan.

De beschreven methode, die wellicht ook elders wordt toegepast, zie ik niet als psychotherapeutisch. Maar ik denk wel dat de kennis en vaardigheden die in de psychotherapie

gemeengoed zijn, hier een uitstekende toepassing vinden. Vanzelfsprekend is het einddoel dat de huisarts meer in staat is zijn eigen persoon als instrument te hanteren dan hij eerst was. Hij/zij zal hopelijk een onderscheid kunnen maken tussen datgene wat van hemzelf en wat van de patiënt is. Dat vergroot ook het inzicht in de emotionele betekenis van bepaalde gedragingen van patiënten, en dat helpt om op adequate wijze te functioneren als huisarts. Ik hecht hieraan veel belang omdat de huisarts steeds meer een spilfunctie krijgt in de gezondheidszorg, en dan met name ook in de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld ten aanzien van verwijzingen. De gerichtheid op het functioneren als huisarts impliceert dat het hier niet gaat om het opleiden van psychotherapeuten. Wel zou langs deze weg het "psychotherapeutisch gehalte" van de arts-patiënt relatie vergroot kunnen worden. Ik hoop in de komende jaren veel aandacht aan dit type persoonsgerichte training en aan het onderzoek naar het effect ervan, te kunnen besteden (Dokter, Duivenvoorden en Verhage, 1984).

### III Psychotherapie in de geneeskunde

Een patiënte die zwanger was geworden via In Vitro Fertilisatie bleek een extra-uterine graviditeit te hebben die moest worden afgebroken. De patiënte drong er daarna op aan dat opnieuw IVF zou worden geprobeerd. Dit werd haar ernstig ontraden, gezien de complicaties die zouden kunnen ontstaan. Wat de gynaecoloog opviel was dat patiënte zeer overvloedig hilde, en van mening was dat de zwangerschap best gered had kunnen worden. Dit vond hij vreemd. Er werd aan haar voorgesteld eens met de psycholoog te praten. U zult begrijpen dat zij hiervoor niet erg gemotiveerd was. Zij was op haar hoede, omdat de psycholoog haar van haar kindje zou gaan afpraten. Maar de verwijzing kwam toch tot stand. Uit de gesprekken met de patiënte bleek dat zij eerder getrouwd was geweest, en een voltooid gezin had gehad. Door scheiding en andere problemen had patiënte haar kinderen uit het oog verloren. Zij had zelf een ongelukkige jeugd gehad, waarin zij in zeer onvoldoende mate kind had kunnen zijn. Een hernieuwde kennismaking met haar kinderen en een nieuwe relatie met een man hadden patiënte het gevoel gegeven dat zij nog eenmaal alles wilde "overdoen", hetgeen natuurlijk haar goed recht is. Maar het feit dat zij dit recht zo tegen de reële kans op mislukking wilde verdedigen, gaf de indruk dat er meer aan de hand moest zijn. Het bleek tenslotte dat patiënte een fantasie had gemaakt over een kind dat zij zelf had willen zijn met een moeder die zij zelf had willen hebben, waarmee ze de realiteit van haar eigen jeugd en die van haar kinderen probeerde te ontkennen. Toen dit met haar besproken werd kon het verdriet meer inhoud krijgen. Patiënte ging rouwen over de vele gemiste kansen. Tegelijkertijd werd over de IVF steeds minder gesproken, en het eindigde ermee dat de patiënte kon aanvaarden dat zij in een andere levensfase was gekomen, waarin de realiteit van een nieuw kind minder een plaats had. Zonder dat hierover gestreden hoefde worden, zag patiënte verder van IVF af.

Nu zult u zeggen, tja, de huisarts heeft de geblokkeerde rouw niet gezien, die vrouw had niet een kind, maar een psychotherapeutische behandeling moeten krijgen. Dat is één benadering. Maar je kunt ook zeggen dat het kennelijk heel moeilijk is vanuit de empathie te werken. Het is "gemakkelijker" de innerlijke verdeeldheid van de patiënte niet waar te nemen, en aldus haar zwangerschapswens te nemen voor wat die is. Een discussie met de patiënte kan ook makkelijk polariseren: zij wil het kindje en de dokter "gunt" het de patiënte niet. Dat leidt tot beschuldigingen, en dat kan de dokter in de war brengen. Het is gemakkelijker je niet door je eigen waarneming (hier is meer aan de hand dan een gewone kinderwens) te laten afleiden, of zelfs om sympathiek te staan tegenover de zo invoelbare wens alsnog een kind te willen hebben nadat zoveel mislukt is. Dat dit ook wat kortzichtig is (bijvoorbeeld niet erg in het belang van het kind zelf), wordt dan weer niet gezien. De patiënte zal de dokter trouwens erg dankbaar zijn voor zijn medewerking, en dat draagt in niet geringe mate bij tot een versterking van het beeld van jezelf als een "aardige" dokter, en wie wil dat niet zijn?

De realiteit is dat artsen bij gesignaleerde psychische of psychosociale problematiek in toenemende mate hulp inroepen van onze afdeling (Medische Psychologie en Psychotherapie) voor advies of behandeling. Tegelijkertijd is er ook vanuit ons vakgebied een toenemende interesse waar te nemen voor het toepassen van psychotherapeutische interventies in het ziekenhuis. Vanzelfsprekend is dit al heel lang zo in de psychiatrie, waar de inzichtgevende psychotherapieën waar ik het in het begin over had heel vaak niet mogelijk zijn. Met name psychotherapeutische technieken die directief of gedragstherapeutisch zijn, zijn daar in zwang geraakt. Daarnaast is er altijd plaats geweest voor de zogenoemde steunende en structurerende behandelingen. Dit zijn ook bij uitstek de behandelmethoden die geschikt zijn om in de somatische geneeskunde toegepast te worden. Toch is er veel op

dit terrein waarover wij in betrekkelijke onwetendheid verkeren. Zeker is dat de effectiviteit van gedrags-therapeutische behandelingsvormen, zoals ontspanningstherapie en desensitisatie, bijvoorbeeld bij patiënten die buitengewoon angstig zijn voor een bepaalde ingreep, ruim aangetoond is. Men zegt wel eens dat die ontspanning een soort aspirine van de gedragstherapie is geworden: je kunt het overal voor gebruiken. Een ander voorbeeld is de deconditionering van anticipatoire misselijkheid en braken bij chemotherapie, zoals wij die nu volgens protocol toepassen in een onderzoek naar het effect van psychologische begeleiding van patiënten met de ziekte van Hodgkin. Een derde voorbeeld is het toepassen van principes van operante conditionering bij huidziekten die een sterk verhoogde neiging tot krabben tengevolge hebben.

Ik signaleer drie gebieden waarop onze kennis mijns inziens nog onvoldoende is, en waarop wij in de komende jaren ons onderzoek zullen gaan richten.

Het eerste gebied betreft het in kaart brengen van het risico voor het ontwikkelen van psychosociale problemen bij patiënten die langdurig ziek zullen zijn. Is het zo dat vooral patiënten met pre-existente psychische problematiek vatbaar zijn voor het ontwikkelen van deze problemen? Als dat zo zou zijn, is het dan mogelijk dit vroegtijdig te signaleren en dan min of meer "preventief" psychologische begeleiding te entameren? Het veld waarin wij deze vraagstelling zullen gaan onderzoeken is dat van de oncologie. Uit onderzoek weten wij dat een groot aantal kankerpatiënten (schattingen lopen uiteen van 30% tot 70%) min of meer ernstige psychosociale problemen ontwikkelt die direct of indirect samenhangen met de ziekte.

Ten tweede: Niet duidelijk is welke factoren eraan bijdragen dat patiënten zelf hun problemen overwinnen, zonder professionele hulp. Het is hier de vraag welke factoren bijdragen aan de handhaving van de aanpassing, dan wel aan de verstoring ervan. Vanzelfsprekend zijn wij daarbij vooral geïnteresseerd in de intrapsychische factoren. Wat zijn de kenmerken van patiënten die in staat zijn zelf de problemen op te lossen? Vaak weten we dat niet. Een enkele maal hebben we

in de groep waarin we met elkaar over de begeleiding van patiënten met de ziekte van Hodgkin spreken (Onderzoeksproject KWF) gezien dat de patiënt heel goed in staat was met zijn ziekte om te gaan, terwijl wij, bijvoorbeeld op grond van een zeer sterke ontkenning van de ziekte, aannamen dat dit niet zo zou zijn. Ook het omgekeerde hebben we gezien. Het gebied dat wij trachten te onderzoeken is dat van de draagkracht, anders gezegd de manieren waarop iemand zich teweer stelt tegenover bedreiging. Daarin speelt de structuur van de psychologische afweer ongetwijfeld een belangrijke rol. Over dit aspect, met name over de betekenis van de ontkenning, is onderzoek gaande. In de komende jaren zal dit onderzoeksterrein hopelijk uitgebreid kunnen worden.

Het derde aandachtsgebied betreft de behandeling. Het is opvallend dat waar zoveel boeken zijn geschreven over de psychotherapie, er zo weinig systematische kennis is verzameld over de techniek van de steunende behandeling. Vaak wordt deze vorm van behandelen als de "mindere" gezien, maar vermoedelijk is hij de meest voorkomende. Vragen over de techniek zijn er te over. De vele studies die op het gebied van de psychologische behandeling van somatisch zieke mensen zijn gepubliceerd laten vooralsnog geen eenduidige conclusies toontrent de manier waarop de begeleiding het best vorm gegeven kan worden. Het sterke accent op het aantonen van een positief effect in al deze studies gaat ten koste van het vormen van een heldere en vruchtbare theorie. Ik hoop dat het vakgebied van de psychotherapie aan al dat werk dat voor ons ligt een zinnige bijdrage zal kunnen leveren.

#### IV Dankwoord

Ik dank het Bestuur en de Directie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en het College van Bestuur en de faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Erasmus Universiteit voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik dank iedereen uit de Psychomedische Vakgroep, en met name de hooggeleerden Schudel, Pepplinkhuizen, Verhage en Verhulst voor de plezierige contacten en het nu al intensiverende overleg.

Ik dank ook mijn vrienden en collega's van de Afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie voor de intensieve en vruchtbare samenwerking. We zijn met zijn drieëntwintigen, een behoorlijk aantal als je alleen de fte's telt. Het verhindert mij wel iedereen persoonlijk te bedanken, maar dat doen we wel op een ander moment. Ik maak graag enkele uitzonderingen. In de eerste plaats: de hooggeleerde Verhage. Beste Frans. Om verschillende redenen ben ik je dankbaar. Eén ervan is dat je me hebt afgeraden hoogleraar te worden. Dat doet mij beseffen dat het mijn eigen idee is geweest om uiteindelijk op deze plaats te gaan staan. Maar een andere, veel belangrijker, is dat de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie zich tussen 1972 en nu zeer voorspoedig heeft ontwikkeld. Ik denk dat dat in sterke mate een gevolg is van je grote inzet om ons vak verder te brengen. In de tweede plaats zeergeleerde Duivenvoorden. Beste Hugo, wij hebben van het begin af, onder het hoogleraarschap van Thiel, veel projecten samen gedaan. Heel lang was dat op het terrein van de psychotherapie. Na de integratie van de afdeling Psychotherapie met de afdeling Medische Psychologie zijn de accenten wat verlegd, maar altijd, en uiteindelijk ook vandaag, heb ik je steun ervaren bij het oplossen van soms ingewikkelde methodologische en statistische problemen. Ik dank graag ook de hooggeleerde Thiel. Beste Jan, je hebt me ingevoerd in de psychotherapie, ik ben je daar dankbaar voor. Ik ben je vooral dankbaar voor de ruimte die je mij en vele anderen hebt gegeven om een eigen identiteit als psychotherapeut te ontwikkelen.

In dit kader past het mijn dank uit te spreken aan de Opleidings Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse. Ik dank u voor de integere wijze waarop u de opleiding tot psychoanalyticus gestalte geeft. Ik dank vooral ook collega Treurniet.

Ik dank het bestuur van de RINO Zuid West Nederland voor het in mij gestelde vertrouwen als hoofdopleider inhoud te geven aan de basisopleiding psychotherapie.

Dames en heren studenten, het is niet gemakkelijk de eigen persoon daadwerkelijk te leren hanteren in therapeutisch opzicht. In het begin van uw studie zal het vooral om een verstandelijk begrijpen gaan, maar ik hoop dat u ook in de latere fasen van uw opleiding, en met name in de praktijkopleiding, de mogelijkheden zult aangrijpen hieraan de nodige aandacht te besteden.

Ik dank mijn schoonouders voor hun steun, ik dank mijn broer en mijn ouders voor wie zij waren en zijn, en dan, lieve Kati, Maarten en Steven, bedankt voor jullie warme genegenheid.

Ik heb gezegd.

## Literatuur

Aghassy, G. en M. Noot, Seksuele contacten binnen psychotherapeutische relaties. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1987, 13, 6, pp.293-337.

Aghassy, G. en M. Noot, Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties. Onderzoek verricht in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid door Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Universiteit van Amsterdam. Den Haag: Vuga Uitgeverij, 1990.

Blécourt, A. de, Een psychoanalytische opleiding. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1990, 16, 5 (in druk).

Dokter, H.J., H.J. Duivenvoorden, F. Verhage, Attitude of "Balint" general practitioners. An empirical exploration. Psychosomatische Medizin, 1984, 5, 12, 252-257.

Dubois, V., S. Everwijn, G. van Geldorp, Y. Groeneveld, R. Grol, H. Pieters, M. Pollemans, Th. Verheij, T. van der Werve, The construction of a new curriculum of vocational training for general practice in the Netherlands. Utrecht: KNMG, College voor Huisartsgeneeskunde, 1987.

Trijsburg, R.W. Opleiding in psychotherapie of psychotherapeutische opleiding? Tijdschrift voor Psychotherapie, 1990, 16, 5 (in druk).

Trijsburg, R.W., H.J. Duivenvoorden, S. Dijkstra, Psychotherapie als beroep. Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, 1988, 20, 4, pp. 1-16.